

Cirugía conservadora del cáncer de mama en el siglo XXI

J. M. Sousa Vaquero

Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo. Unidad de Mama de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Hace 25 años que el NCI publicó su primer consenso recomendando la cirugía conservadora (CC) como tratamiento estándar en el cáncer de mama en estadio precoz. Las siguientes publicaciones y ensayos clínicos indican que la cirugía conservadora consistente en tumorectomía, linfadenectomía axilar y radioterapia presenta tasas equivalentes de supervivencia y metástasis a la mastectomía radical modificada. Este hecho ha representado el mayor avance en el tratamiento del cáncer de mama y miles de pacientes han sido tratados de forma satisfactoria sin el impacto de una mastectomía radical.

Gran número de avances en el tratamiento local han corroborado los buenos resultados de la cirugía conservadora en los primeros ensayos clínicos.

Basándose en los ensayos clínicos de los años 80 la cirugía conservadora se ha convertido en el tratamiento recomendado en pacientes con cáncer de mama estadios I y II. Sin embargo, algunos clínicos consideran aún el tratamiento conservador como una alternativa a la mastectomía radical, en parte debido a la percepción errónea de que este último tratamiento presenta menor tasa de recurrencia. Los estudios iniciales de CC mostraban una tasa de recurrencia de un 1% anual. Tras 15 o 20 años de seguimiento que una de cada 5 mujeres requiere una reintervención por recurrencia o aparición de un segundo tumor en la misma mama. En una encuesta realizada en EEUU en 1994 solo el 42% de los tumores en estadios I y II eran tratados con CC y aunque este dato ha mejorado, en un estudio del National Comprehensive Cancer Network center realizado entre los años 1997-2002 solo el 60% de estos tumores, incluyendo el carcinoma in situ, son beneficiados con esta técnica. Por otro lado es cierto que en la actualidad, en nuestro medio la tasa de CC es aproximadamente del 80%.

Es importante destacar para conocimiento de los pacientes y médicos que los avances en el tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama han mejorado de forma notable los resul-

tados. Las mejoras en las técnicas de imagen han permitido una mejor localización del tumor para el abordaje quirúrgico. Así mismo, la estrecha colaboración entre cirujanos y patólogos ha facilitado la extirpación con márgenes adecuados en muchos más casos. Tampoco debemos olvidar los avances en radioterapia incluyendo las imágenes en tres dimensiones, la mejor adecuación de las dosis y planificación para evitar complicaciones en órganos como pulmones y corazón. Finalmente los indudables avances en el tratamiento sistémico han conseguido disminuir significativamente las tasas de recurrencia.

Los avances multidisciplinarios en el tratamiento conservador han conseguido disminuir un 50% la tasa de recurrencias y en la actualidad los índices se aproximan a la mastectomía.

Con los índices de recurrencia actuales los estudios más recientes se han centrado en minimizar los efectos tóxicos, costes e inconvenientes del tratamiento. Uno de los mayores avances en este sentido lo ha constituido la implantación de la técnica del ganglio centinela para disminuir la morbilidad de la linfadenectomía axilar. Incluso hoy en día están apareciendo ensayos clínicos y estudios que demuestran la posibilidad de evitar el vaciamiento axilar en casos seleccionados incluso cuando existe afectación metastásica axilar. Nos encontramos, pues, en una encrucijada apasionante en la cual tras conseguir demostrar los beneficios de la conservación mamaria podemos añadir el tratamiento conservador de la axila para mejorar definitivamente la calidad de vida de las pacientes.

Los avances en el tratamiento radioterápico como hemos comentado han disminuido también los efectos secundarios al incluir nuevas técnicas para evitar la irradiación de órganos vitales (movilidad diafragmática, modelos tridimensionales, etc).

La disminución de costes e inconvenientes para la paciente se ha visto reflejado en una menor estancia hospitalaria y en la aplicación de regímenes de radioterapia como la irradiación parcial.

Conclusiones basadas en los ensayos clínicos

1. La extirpación local del tumor más radioterapia proporciona un control local y supervivencia similares a la mastectomía radical (evidencia nivel I)

2. El riesgo de recaída local se incrementa en los siguientes casos:
 - a. No realización de radioterapia postoperatoria (evidencia nivel I)
 - b. Afectación de los márgenes quirúrgicos (evidencia nivel III.3)
 - c. Existencia de un componente intraductal extenso (evidencia nivel II.3)
3. El riesgo de recaída total no se incrementa en los siguientes casos:
 - a. Afectación clínica de la axila (evidencia nivel I)
 - b. Tumores centrales (evidencia nivel II.3)

La cirugía conservadora está, por tanto, claramente indicada en mujeres con tumores en estadio I-II pero está contraindicada en caso de imposibilidad de radioterapia postoperatoria (embarazo, radioterapia previa, etc). La quimioterapia neoadyuvante puede incrementar la indicación de CC en mujeres con una mala relación mama-tumor.

En la últimas décadas la cirugía del cáncer de mama ha proporcionado a la mujer una mejora en el control locorregional de la enfermedad, una disminución de la agresividad técnica y una mejor percepción y valoración de su imagen corporal. Esto ha sido posible gracias al progreso científico que ha permitido abandonar definitivamente el viejo concepto mecanicista del control de la enfermedad mediante técnicas mutilantes que no mejoraron la supervivencia y que empeoraban notablemente la calidad de vida de las pacientes.

En el inicio del siglo XXI el diagnóstico temprano de la enfermedad ha permitido que un grupo numeroso de pacientes puedan ser intervenidas mediante una técnica mínimamente invasiva que les permite conservar la mama, conocer su estado ganglionar e incorporarse a su vida personal, profesional y familiar en el menor tiempo posible.

Bibliografía

1. Fisher B, Jeong J-H, Anderson S, Bryant J, Fisher ER, Wolmark N. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med* 2002;347:567-75.
2. Fisher B, Bauer M, Margolese R, et al. Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1985; 312:665-73.
3. Fisher B, Redmond C, Poisson R, et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320:822-8. [Erratum, *N Engl J Med* 1994;330:1467.]
4. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark N, Wickerham DL, Cronin WM. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 333:1456-61.
5. Fisher B, Wolmark N, Fisher ER, Deutsch M. Lumpectomy and axillary dissection for breast cancer: surgical, pathological, and radiation considerations. *World J Surg* 1985;9:692-8.
6. Fisher B, Glass A, Redmond C, et al. L-phenylalanine mustard (L-PAM) in the management of primary breast cancer: an update of earlier findings and a comparison with those utilizing L-PAM plus 5-fluorouracil (5-FU). *Cancer* 1977;39:2883-903.
7. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958;53:457-81.
8. Peto R, Peto J. Asymptotically efficient rank invariant test procedures. *J R Stat Soc [A]* 1972;135:185-206.
9. Cox DR. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc [B]* 1972;34: 187-220.
10. Kalbfleisch JD, Prentice RL. The statistical analysis of failure time data. New York: John Wiley, 1980.
11. Gray RJ. A class of K-sample tests for comparing the cumulative incidence of a competing risk. *Ann Stat* 1988;16:1141-54.
12. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials. *N Engl J Med* 1995;333:1444-55. [Erratum, *N Engl J Med* 1996; 334:1003.]
13. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981;305:6-11.
14. Sarrazin D, Le MG, Arriagada R, et al. Ten-year results of a randomized trial comparing a conservative treatment to mastectomy in early breast cancer. *Radiother Oncol* 1989;14:177-84.
15. Blichert-Toft M, Rose C, Andersen JA, et al. Danish randomized trial comparing breast conservation therapy with mastectomy: six years of life-table analysis. In: Consensus development conference on the treatment of early-stage breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute monographs*. No. 11. Bethesda, Md.: National Cancer Institute, 1992:19-25. (NIH publication no. 90-3187.)
16. van Dongen JA, Voogd AC, Fentiman IS, et al. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1143-50.
17. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995;332:907-11.
18. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2000;355:1757-70.
19. Obedian E, Fischer DB, Haffty BG. Second malignancies after treatment of early-stage breast cancer: lumpectomy and radiation therapy versus mastectomy. *J Clin Oncol* 2000;18:2406-12.
20. Fisher B, Wolmark N, Fisher ER, Deutsch M. Lumpectomy and axillary dissection for breast cancer: surgical, pathological, and radiation considerations. *World J Surg* 1985;9:692-8.
21. Veronesi U, Del Vecchio M, Luini A, Rasponi A, Zucali R. The quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy (QU.A.R.T) technique in early breast cancer. *Int Adv Surg Oncol* 1983;6:141-65.
22. Fisher B. Breast-cancer management: alternatives to radical mastectomy. *N Engl J Med* 1979;301:326-8.
23. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical (Halsted) mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227-32.
24. Fisher B. Lumpectomy versus quadrantectomy for breast conservation: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 1995;31A:1567-9.
25. Silverstein MJ, Lagois MD, Groshen S, et al. The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med* 1999;340:1455-61.
26. NSABP progress report 2001. Pittsburgh: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, May 2002:84, 94, 140.